SUR LES ALTÉRATIONS DE LA RÉTINE ET DE LA CHOROÏDE DANS LA DIATHÈSE TUBERCULEUSE

PAR

Xavier GALEZOWSKI

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS.
LAURÉAT DE LA FACULTÉ.

Extrait des Archives générales de Médecine,
numéro de septembre 1867.

PARIS
P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET JEUNE ET LABÉ,
ÉDITEUR DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE,
place de l'École-de-Médecine.

1867

SUR LES ALTÉRATIONS

DE LA

RÉTINE ET DE LA CHOROÏDE

DANS LA DIATHÈSE TUBERCULEUSE

PAR

Xavier GALEZOWSKI

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS,
LAURÉAT DE LA FACULTÉ.

Extrait des Archives générales de Médecine,
numéro de septembre 1867.



PARIS

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET JEUNE ET LABÉ,
ÉDITEUR DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE,
Place de l'École-de-Médecine.

1867

SUR LES ALTÉRATIONS

DE LA

RÉTINE ET DE LA CHOROÏDE

DANS LA DIATHÈSE TUBERCULEUSE

Les amblyopies et les amauroses sont le plus souvent liées à des altérations générales de l'organisme, et les désordres que l'on trouve dans le fond de l'œil se rattachent le plus souvent à un vice de nutrition ou d'innervation générale, ainsi qu'à une composition morbide et dyscrasique du sang. L'observation journalière démontre que le virus syphilitique introduit dans le sang se traduit bientôt par des lésions successives des divers organes, et atteint sans exception toutes les membranes de l'œil. Dans un autre travail (1), nous avons démontré qu'il y a des rétinites, des névrites et des choroïdites syphilitiques. L'albuminurie retentit très-souvent sur la membrane nerveuse de l'œil. La leucocythémie, l'hémoraphylie et la glycosurie ne restent pas non plus dans l'organisme sans amener des troubles visuels. Il n'y a qu'un seul état morbide de l'organisme, celui que l'on appelle *diathèse tuberculeuse*, dont on n'avait pas jusqu'à présent démontré l'influence sur l'œil et sur la vision. Cependant, *à priori*, on pouvait admettre la possibilité du développement du tubercule dans les membranes de l'œil, depuis que M. Andral a formulé avec son esprit sagace, cet axiome que la matière dite tuberculeuse peut se produire aussi bien dans le tissu cellulaire des lobules du poumon que dans les autres parties de l'organisme qui contiennent ce tissu. « Car, c'est une loi bien démontrée, dit l'illustre professeur, que les maladies d'un tissu doivent être les mêmes dans les

(1) *Sur l'Amaurose syphilitique.* Mémoire présenté à l'Académie des sciences, en 1867.

diverses parties de ce tissu » (1). Ce savant pathologiste a vu cette production dans le tissu cellulaire des muscles, de la pie-mère et ailleurs. L'œil contient aussi beaucoup du tissu cellulo-vasculaire, et pouvait par conséquent devenir le siége de la dégénérescence tuberculeuse. Cependant, les études à ce sujet n'ont été faites par personne; à peine a-t-on signalé quelques faits rares et isolés qui sont restés stériles pour la pathologie oculaire. M. Stelhwag von Carion (2) parle des choroïdites avec exsudations purulente, croupeuse, ou tuberculeuse; mais pour lui ces exsudations diverses constituent la seule et même maladie, ce qui nous paraît très-difficile à admettre M. Portland a vu un œil rempli de masses tuberculeuses s'atrophier sans que la santé du malade soit altérée (3). Ce n'est que M. Noël Gueneau de Mussy, en France, M. Manz, en Suisse, Cohnheim en Allemagne, qui ont les premiers observé des faits positifs et non douteux de tubercules développés dans la choroïde.

Les recherches ophthalmoscopiques que nous avons pu instituer sur un grand nombre de phthisiques nous ont permis de constater dans la tuberculisation certaines altérations de la rétine et de la choroïde appréciables pendant la vie, et qui occasionnent certains troubles visuels.

Nous croyons utile de diviser toutes les altérations de la vue chez les phthisiques en trois formes : 1° troubles nutritifs de la rétine; 2° névrites et périnévrites consécutives aux méningites tuberculeuses; et 3° choroïdites tuberculeuses. Examinons successivement chacune de ces formes.

I. — *Troubles de nutrition dans la rétine occasionnés par la diathèse tuberculeuse.*

Parmi les désordres sympathiques que l'on constate chez les phthisiques, celui de la circulation est le plus constant. Le mouvement fébrile qui accompagne presque toutes les périodes de la maladie en est le meilleur exemple. A ces troubles circulatoires se rattachent l'augmentation du volume du cœur, avec dila-

(1) *Clinique médicale*, t. IV, p. 15.
(2) *Die Ophthalmologie;* Erlangen, 1856, t. II, abth. 1, p. 146.
(3) *Annales d'oculistique*, t, XLI, p. 57.

tation de ventricule droit, qui a été remarqué par MM. Andral (1), Hérard (2) et Cornil, et l'œdème fréquent des membres inférieurs avec ou sans coagulum fibrineux dans les veines crurales et la *phlegmatia alba dolens*. Toutes ces altérations ne peuvent-elles pas être favorisées par l'obstacle que le sang éprouve à circuler librement à travers le poumon, dont le système vasculaire est tout désorganisé et en grande partie détruit?

Or, si la circulation des organes aussi éloignés que les membres inférieurs peut être influencée par la tuberculisation du poumon, il est naturel de supposer que l'œil, dont la circulation est en rapport aussi direct avec le cœur et le poumon, devrait aussi présenter des troubles circulatoires. Et, en effet, l'examen ophthalmoscopique, ainsi que les symptômes physiologiques visuels éprouvés par les malades, nous montrent l'existence de ces rapports morbides.

Quelques phthisiques accusaient des phénomènes très-curieux de *chrupsie* ou vision irisée, colorée. Il y a deux ans, nous avons été appelé à examiner les yeux de deux phthisiques, l'un du service de M. Grisolle et l'autre de celui de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu. L'un et l'autre de ces malades présentaient des troubles visuels particuliers, consistant à ne voir que tout en jaune ou en bleu. Ce phénomène était passager, mais il revenait chez le malade de M. Grisolle, surtout au moment de ses crises violentes de toux. Voici quelques détails sur la malade de M. Vigla :

Observation. — Mme de Saint-Cyr, âgée de 30 ans, infirmière à l'Hôtel-Dieu, tombée malade en 1864, fut placée dans le service de M. Vigla et fut couchée dans la salle Saint-Pierre. Atteinte d'une phthisie tuberculeuse, elle était aux prises avec des quintes très-violentes de toux : en outre, elle vomissait souvent du sang depuis un an. Vers la fin du mois de novembre sa vue se troubla subitement, et elle commença à voir des ronds de différente couleur et des cercles en forme d'arc-en-ciel, les yeux ouverts ou fermés. Vers la moitié du mois de décembre de la même année, elle fut prise, la nuit, d'une hématémèse très-abondante, et, le lendemain, sa vue se troubla d'une manière très-notable ; elle voyait tous les objets teints en jaune-citrin et troubles ; les objets clairs ou blancs, comme par exemple les

---

(1) *Clinique médicale*, t. IV, p. 262.
(2) *De la Phthisie pulmonaire*, p. 168; Paris, 1867.

draps ou les murs étaient pour elle jaune-clair, et les objets noirs ou foncés présentaient des teintes variées de la même couleur jaune. Ce phénomène n'a duré que vingt-quatre heures, et, le lendemain, la malade recouvra en totalité la faculté chromatique de l'œil; mais, pendant quatre jours, il lui resta un brouillard épais devant les yeux qui l'empêcha de lire ou de coudre. L'œil droit revint complétement, l'œil gauche resta toujours faible. L'*examen ophthalmoscopique*, fait en présence de M. Vigla, m'avait permis de constater un engorgement notable des vaisseaux rétiniens, surtout dans l'œil gauche (voir la figure nº 3). Évidemment, il y avait là une perturbation dans la circulation et la nutrition de la rétine, qui avait produit tous les symptômes que nous avons décrits.

Plus récemment j'ai observé avec M. Gueneau de Mussy des faits nouveaux et très-intéressants qui semblent confirmer notre supposition, que l'altération de la circulation pulmonaire influe d'une manière sensible sur la nutrition, et, par conséquent, sur les fonctions de la rétine et du nerf optique.

Grâce à l'obligeance de cet éminent clinicien, nous avons été à même de soumettre à l'examen ophthalmoscopique tous les malades tuberculeux qui entraient dans son service, et voici quels sont les résultats. Plusieurs des malades ne présentaient aucun phénomène morbide; chez quelques-unes, au contraire, nous avons pu constater des troubles fonctionnels de la vision, ainsi que des altérations des membranes internes de l'œil. Voici quelques détails sur une de ces malades :

Observation. — Mme X....., âgée de 38 ans, couchée au nº 14 de la salle Saint-Bernard, est atteinte d'une phthisie tuberculeuse depuis plusieurs années, avec des cavernes dans le poumon droit. En examinant la vue de cette malade le 14 juin 1867, nous avons constaté ce qui suit : elle est sujette à de fréquents éblouissements qui durent quelquefois pendant une heure; tantôt ce sont des bluettes et des éclairs de toutes les couleurs qu'elle voit et qui l'empêchent de voir clair; tantôt c'est un brouillard épais qu'elle a devant les yeux, et elle est alors forcée de quitter son travail pour une ou plusieurs journées. L'examen ophthalmoscopique nous permet de constater un engorgement considérable des veines rétiniennes, surtout dans l'œil droit (voir la fig. 4); la rétine est légèrement voilée, comme opaline, et blanchâtre au voisinage de la papille et le long de quelques vaisseaux.

Cet engorgement veineux, je l'ai rencontré très-souvent dans a phthisie pulmonaire, et, ce qui est remarquable, c'est qu'il

paraît être plus développé dans l'œil correspondant au poumon qui est plus gravement affecté.

II. — *Névrite et périnévrite optiques, symptomatiques d'une méningite tuberculeuse.*

Parmi les séreuses qui ont une prédisposition à la tuberculisation, l'arachnoïde cérébrale occupe, selon MM. Hérard et Cornil, la troisième place par ordre de fréquence. On ne rencontre sur cette membrane d'autre forme de tubercule que des granulations miliaires ; elles se développent principalement, comme l'a très-justement démontré M. le professeur Cruveilhier (1), autour des vaisseaux de la base du cerveau, dans la scissure de Sylvius, suivant la division des artères sylviennes. De là, l'affection gagne la région de la selle turcique et du chiasma des nerfs optiques et y occasionne des désordres analogues ; tantôt la granulation tuberculeuse commence à se former d'emblée au voisinage des nerfs optiques, et il s'ensuit un trouble visuel et des désordres particuliers dans la papille du nerf optique que l'on reconnaît à l'aide de l'ophthalmoscope.

Les altérations de la papille qui accompagnent la méningite tuberculeuse basilaire sont aujourd'hui bien connues, surtout depuis que nous avons le premier attiré l'attention de M. Bouchut sur ce sujet. Il s'est servi depuis de l'ophthalmoscope pour en faire un moyen de diagnostic des méningites tuberculeuses. Dans un travail précédent (2), nous avons fait voir combien cette prétention était exagérée ; il n'y a que les méningites basilaires qui peuvent donner lieu aux désordres papillaires, reconnaissables à l'ophthalmoscope, et encore faut-il que ces désordres se trouvent au voisinage du chiasma. Les méningites de la scissure de Sylvius, ou celles des hémisphères, ne donnent lieu au contraire à aucun trouble visuel ; l'inflammation ne se trouvant pas dans le chiasma, il est évident que les nerfs optiques resteront à l'abri de toute inflammation. Ce fait nous paraît aujourd'hui hors de doute ; nous l'avons observé nombre de fois sur

---

(1) Atlas, liv. VI, pl. II, fig. 3 et 4.

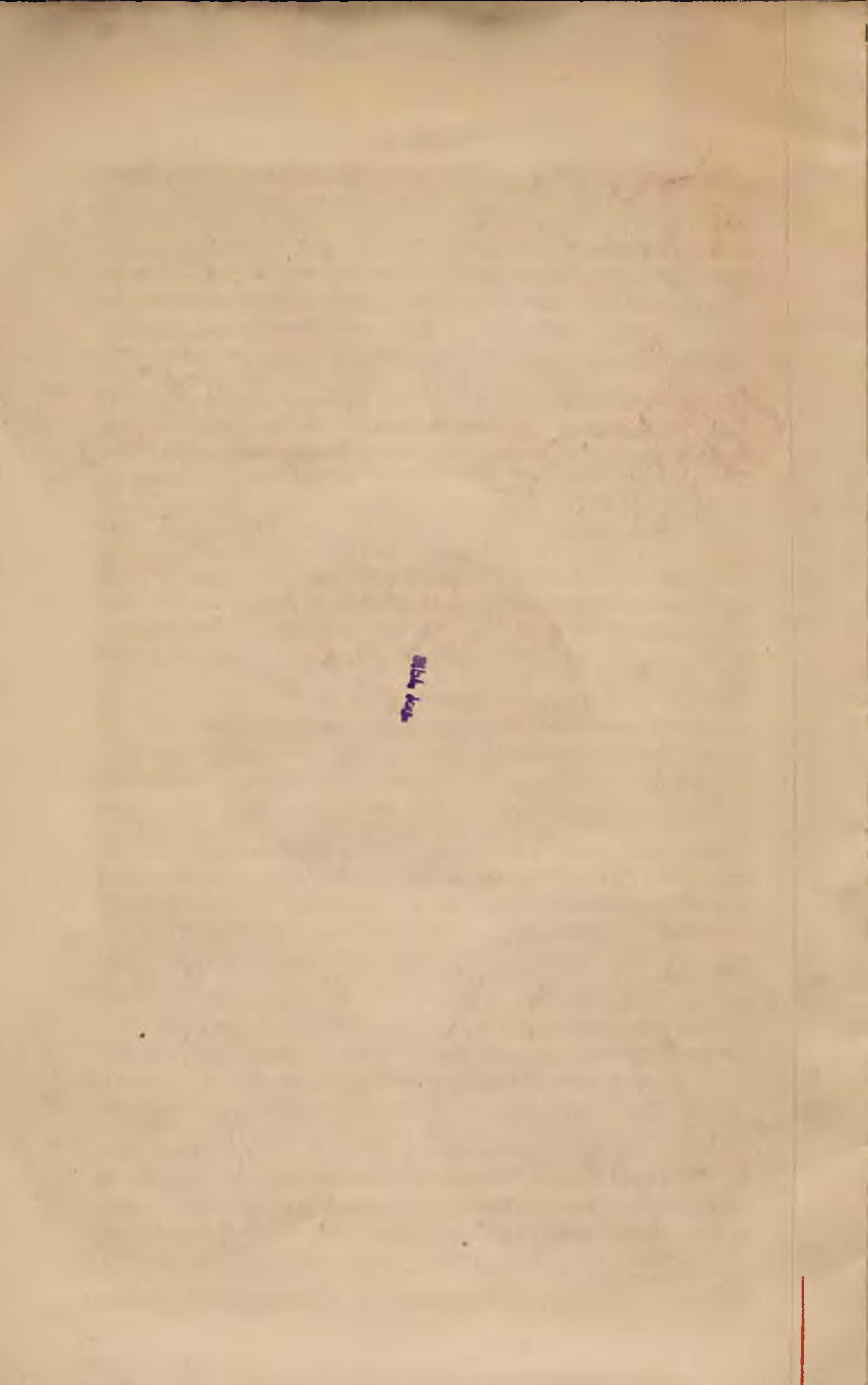
(2) *Étude sur les altérations du nerf optique et les maladies cérébrales*, etc. ; 1866.

les malades des hôpitaux, et, pour ne citer qu'un fait, je rappellerai l'histoire d'un jeune malade du service de M. le professeur Grisolle. C'était un jeune homme atteint d'une méningite à forme irrégulière, et qui fut choisi plusieurs fois par les jurys comme sujet d'examen au concours des hôpitaux, à cause de la difficulté extrême du diagnostic. Il était important de chercher des renseignements du côté de la papille du nerf optique. L'exploration ophthalmoscopique a été pratiquée par moi en présence de M. le professeur Grisolle et de MM. Lancereaux et Liouville; mais il nous a été impossible de découvrir la moindre altération dans la papille. Après quelques mois de traitement il quitta l'hôpital, puis il entra à Bicêtre où il mourut, et M. Liouville, interne distingué de cet hôpital, en faisant l'autopsie, découvrit des granulations miliaires partout dans les méninges, excepté au voisinage du chiasma, où rien de pareil ne pouvait être distingué.

Pour nous, il y a deux sortes d'altérations du nerf optique dans une méningite tuberculeuse : la périnévrite, où il n'y a que l'enveloppe externe du nerf optique ou périnerf, d'après M. Robin, qui soit enflammé; et la névrite essentielle, qui consiste dans une inflammation de la substance propre du nerf optique. L'une et l'autre forme peuvent se rencontrer ensemble ou séparément. Tantôt le disque optique est tuméfié, ses bords sont très-irréguliers, déchiquetés; les vaisseaux centraux deviennent tortueux et masqués au voisinage de la papille; les vaisseaux capillaires s'injectent aussi au centre de la papille, ce sont les vaisseaux cérébraux ou méningés du nerf optique dont nous avons démontré l'existence. Tantôt le disque optique ne semble pas subir de changements notables, et il n'y a que ses bords qui paraissent un peu voilés par une exsudation se prolongeant le long des vaisseaux. Ces derniers sont, en outre, rompus par places. L'existence simultanée de l'affection dans les deux yeux et l'apparition brusque du trouble de la vue, ainsi que la mydriase, sont autant de signes caractéristiques de cette affection. Un cas très-intéressant de ce genre, que nous avons recueilli à l'Hôtel-Dieu avec M. Peter, se trouve rapporté dans notre travail *sur les altérations du nerf optique;* il peut servir d'exemple d'une périnévrite optique.



Dr X. Galezowski ad. nat. pinx. Lith. du Sénat, Barousse, à Paris P. Pochet Chromo-lith.



Observation. — Mme X....., âgée de 28 ans, ancienne actrice, est entrée le 31 mars dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Piorry ; elle se plaignait de douleurs sus-orbitaires des plus violentes, augmentant la nuit au point qu'elle se déchire le visage, et qu'on est forcé de lui attacher les mains. Elle n'a pas de fièvre, son pouls est lent et régulier. Elle n'a pas de vomissements ; ses digestions se font normalement, et elle n'est pas constipée. L'intelligence est conservée. L'idée d'une méningite ne pouvait guère venir à l'esprit de personne ; prenant, au contraire, en considération l'exacerbation nocturne des douleurs et l'existence assez aventureuse de la malade, M. le Dr Peter attribua ces douleurs à une céphalée syphilitique et prescrivit un traitement spécifique. Aucune amélioration n'a été obtenue par ce traitement ; les douleurs persistaient au même degré. La malade se plaignait, en outre, d'une diplopie, ce qui permettait de supposer l'existence d'une affection cérébrale. M. Peter nous appela pour examiner les yeux. Le délire dans lequel nous avons trouvé le malade ne nous a pas permis d'étudier sa diplopie ; à l'aide de l'ophthalmoscope, nous avons constaté que la papille des deux yeux était infiltrée à sa périphérie ; ses contours étaient très-mal accusés (voir fig. I). Dans la papille droite, on remarque une injection capillaire plus prononcée qu'à l'état normal ; le centre de la papille conserve au contraire sa teinte blanche. Une petite hémorrhagie existe à la partie supérieure et externe de la papille ; quelques traînées blanches se prolongent le long des vaisseaux. La paupière gauche est légèrement abaissée. Ces signes nous ont permis de diagnostiquer avec certitude une méningite basilaire. Les jours suivants, l'état de la malade s'aggrave sensiblement ; une autre tache apoplectique apparaît sur la rétine droite, et les exsudations blanches augmentent au voisinage des vaisseaux ; la papille est devenue trouble à la périphérie. La figure n° 2 de notre planche coloriée représente exactement l'état dans lequel nous avons trouvé la rétine et la papille droite deux jours avant la mort. Dans l'œil gauche, il n'y avait pas d'apoplexie, mais la papille était œdématiée. Mort le 28 avril. — *Autopsie.* Encéphale sain ; il n'y a pas de liquide dans les ventricules. Les méninges sont enflammées et épaissies au niveau de la scissure de Sylvius et autour du chiasma et du bulbe. Dans ces parties, la pie-mère est infiltrée d'une matière semi-fluide, comme purulente ; il y a en outre beaucoup de granulations. Dans les poumons, on trouve des granulations miliaires. Nous avons confié le chiasma des nerfs optiques avec les méninges malades à M. Legros, élève distingué de M. Robin ; en faisant des recherches microscopiques, il a pu se convaincre que la pie-mère contenait une masse considérable de granulations tuberculeuses. Les fibres du nerf optique n'étaient pas changées, mais la gaîne de ce nerf était infiltrée, ramollie, et contenait des globules de pus.

Nous avons observé, depuis, plusieurs faits de ce genre ainsi que de la névrite optique dans les services de MM. Moutard-Martin, Lasègue, Vigla et autres chefs des hôpitaux. La figure n° 2 représente un cas de névrite optique essentielle, observée dans le service de M. Grisolle chez une femme qui avait succombé à la suite d'une méningite tuberculeuse.

Quelle est la nature des altérations que nous constatons dans la papille et quelle est leur signification? Telle est la question qui se pose aujourd'hui aux pathologistes.

Il y a plusieurs manières d'envisager la maladie du nerf optitique :

1° La névrite peut dépendre de la compression intra-crânienne et de l'interruption de circulation par trombose des vaisseaux du nerf optique, comme pense M. de Graefe (1). Cette sorte d'altération ne me paraît pas être fréquente dans la méningite tuberculeuse.

2° Si l'inflammation de la substance du nerf optique envahit de proche en proche la gaîne interne du nerf optique et gagne le tissu interstitiel de ce nerf, le gonflement du tissu interstitiel ainsi que l'œdème séreux qui en est la conséquence fait que le nerf optique devient comme étranglé à son passage à travers la sclérotique: d'où l'état variqueux des veines, la saillie et le gonflement marqué de la pupille. La névrite serait alors d'une nature purement inflammatoire et pourrait s'améliorer si la méningite pouvait s'amender. C'est à cette forme de processus morbide que nous rapportons les cas de névrite optique que nous avons pu guérir chez quelques sujets par un traitement antiphlogistique et dérivatif énergique.

3° La tuberculisation miliaire après avoir envahi la surface du chiasma, peut, dans quelques cas, se transporter le long de la gaîne interne du nerf optique jusqu'au trou sclérotical. Ici la granulation miliaire suit les cloisons internes du nerf optique, se dépose le long des vaissaux et arrive à la surface de la papille. On aperçoit alors, outre les signes de névrite ou de la périnévrite, des taches blanchâtres, arrondies, au milieu de la partie œdématiée de la papille ou à son voisinage. Des taches analogues ont

---

(1) *Archiv v. Graefe,* t. XII, abth. 2, p. 118, etc.

été vues par nous dans la macula, elles ont persisté malgré un état régressif de la névrite et l'amélioration notable de la vision. C'est aussi à cette forme de névrite qu'on peut rapporter l'histoire d'un malade dont l'observation fut communiquée par nous à la Société universelle d'ophthalmologie à Paris, en 1862 (1). Les exsudations qui se voient dans la région de la macula sont probablement dues aux granulations tuberculeuses de la rétine qui se sont arrêtées dans leur évolution.

III. — *Choroïdite tuberculeuse.*

La diathèse tuberculeuse peut affecter la membrane vasculaire de l'œil en y produisant des dépôts morbides analogues à ceux que l'on rencontre dans d'autres organes. Ce sont des petits nodules d'une coloration vert grisâtre ou gris blanchâtre, situés dans la couche moyenne de la choroïde et sur les parois mêmes des vaisseaux. Les tubercules de la choroïde présentent au microscope la même structure et la même composition que les tubercules miliaires des autres organes, comme cela a été démontré par M. Manz, de Fribourg (2). Cet auteur a publié quatre cas de tuberculose de la choroïde qu'il a pu observer après la mort des malades, et les recherches microscopiques lui ont permis de constater l'identité complète de ce néoplasme.

M. Noël Gueneau de Mussy (3) a eu l'occasion d'observer une jeune fille qui succomba, en 1837, à la Salpêtrière, à une phthisie généralisée, et qui, pendant sa vie, avait présenté de l'amblyopie avec dilatation excessive des pupilles, des granulations dans la membrane vasculaire de l'œil, faisant saillie à la surface interne de la rétine, et qui lui parurent de nature tuberculeuse.

M. Manz a décrit l'autopsie d'un œil, dont la choroïde renfermait trois petites tumeurs blanchâtres ayant la structure caractéristique des tubercules. Le sujet était une jeune fille de 15 ans, morte à la suite d'une tuberculisation aiguë et généra-

(1) Compte-rendu du Congrès ophth., 1862.
(2) *Archiv f. Ophth. v. Graefe*, Bd. IV, abth. 2, p. 120.
(3) Note qui m'a été communiquée par M. Noël Gueneau de Mussy.

lisée dans les poumons, le péritoine, la rate, le foie et les reins. M. Cohnheim vient de publier sept observations de tubercules de la choroïde.

Jusqu'à présent les signes ophthalmoscopiques n'ont pas été suffisamment précisés pour qu'on puisse diagnostiquer cette altération pendant la vie. Nos propres recherches nous permettent d'indiquer quelques points plus ou moins importants à ce sujet.

Un des phénomènes le plus constants que nous avons pu observer chez ces malades est l'apparition spontanée des photopsies et des chrupsies accompagnant l'affaiblissement de la vision centrale. L'examen ophthalmoscopique est quelquefois très-peu concluant : tantôt les altérations sont tellement peu marquées qu'il faut les chercher attentivement sur toute la choroïde et à un fort grossissement pour les apercevoir, tantôt au contraire ces altérations peuvent être confondues avec l'atrophie choroïdienne. Mais la couleur des granulations est plus grisâtre, leurs bords sont mal circonscrits, et elles couvrent les vaisseaux choroïdiens, tandis que ceux de la rétine ne sont nullement masqués.

Voici quelques faits de ce genre, ils se sont présentés à notre observation et offrent un intérêt marqué au point de vue des symptômes fonctionnels ainsi que des signes ophthalmoscopiques.

Observation. — Garçon N....., âgé de 19 ans, entre en avril 1865 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Grisolle, salle Sainte-Jeanne, n° 34, pour une phthisie pulmonaire très-avancée. Il est pâle, anémique ; la fièvre hectique, la toux et l'hémoptysie l'ont forcé de quitter son état d'ouvrier en incrustation sur écaille, travail qui demandait beaucoup d'application des yeux. Sa vue était toujours très-bonne et longue. Il y a un an, il commença à voir de plus en plus trouble, de sorte qu'au moment où nous l'examinions (avril 1865) il ne pouvait plus lire que le n° 6 de l'échelle typographique. Au loin sa vue s'est aussi sensiblement affaiblie. Le malade raconte que deux ou trois fois par jour il lui arrive de perdre complétement la vue dans un œil ou dans les deux yeux à la fois. Cette cécité ne dure que quelques minutes et disparaît en laissant une faiblesse de la vue et une espèce d'étourdissement. La dernière attaque avait duré dix minutes, et voici sous quelle forme : d'abord le champ visuel supérieur se trouble, puis le brouillard descend de haut en bas et amène une cécité complète. Au bout de quelques minutes, il commence à distinguer en face, puis

petit à petit le champ périphérique de la vision s'éclaircit progressivement. Le malade voit des éclairs et des étincelles presque constamment, ainsi que des feux de différentes couleurs. Quelquefois de vrais arcs-en-ciel; d'autres fois ce sont des mouches noires, des fils, ou comme des toiles d'araignée qui remuent ou passent devant l'un ou l'autre œil. A l'examen ophthalmoscopique, nous avons trouvé : 1° que la papille était fortement injectée et que les veines étaient variqueuses; 2° que la choroïde tout entière présentait des taches blanchâtres disséminées sur le fond de l'œil (voir la fig. n° 3). Ce n'étaient point des taches atrophiques ni des taches de la rétine, mais des exsudats choroïdiens que nous n'hésitâmes pas à regarder comme tuberculeux.

L'observation suivante a été recueillie dans la clinique de M. Desmarres, pendant que nous étions son chef de clinique. Les taches choroïdiennes étaient tellement distinctes de toutes les autres connues, que je n'ai pas hésité à les rapporter à la diathèse tuberculeuse. M. le Dr Cuignet, actuellement professeur d'ophthalmologie à l'hôpital militaire d'Alger, a vu aussi ce malade.

Observation. — M. Casa, âgé de 20 et quelques années (les informations nous manquent à ce sujet), vint consulter pour sa vue. Il n'a jamais eu d'affection syphilitique ni rhumatismale, mais il a été constamment prédisposé aux rhumes et aux bronchites. Il tousse depuis l'âge de 14 ans. Les yeux étaient toujours bons et il n'y a que quatre jours qu'il voit trouble, surtout lorsqu'il veut lire. Le 23 novembre 1864, jour de consultation, il peut à peine lire le n° 15 de l'échelle typographique. Le soir, il voit encore moins. En fixant un objet, il voit une tache se placer sur cet objet; cette tache est noire et de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Le même phénomène s'était manifesté dans l'autre œil, il y a dix-huit mois, et n'avait duré que trois jours, et alors il ne voyait que la moitié des objets. L'examen ophthalmoscopique nous montra la papille congestionnée, ses veines surtout étaient engorgées. Le fond de l'œil était foncé; vers la périphérie on apercevait des taches noires pigmentaires. Tout le fond de l'œil était couvert de taches blanchâtres arrondies et très-régulières qui ne ressemblaient nullement à l'atrophie choroïdienne ni à aucune affection connue. M. le Dr Cuignet, mon ami, fut frappé aussi de cet aspect particulier du fond de l'œil. En examinant la poitrine de ce malade, nous trouvâmes à droite et au sommet de l'expiration prolongée avec crépitation sèche et un son mat à la percussion. Évidemment il y avait là des tubercules disséminés dans le poumon droit, et on devait se demander si de pareils désordres ne se trouvaient pas

dans la choroïde. Par voie d'exclusion, nous étions amené à admettre cette dernière probabilité. En effet, ce n'étaient pas des taches atrophiques, parce que leurs contours étaient mal circonscrits et avaient tous les caractères de l'exsudation. Les *vasa vorticosa* étaient masqués par ces taches. Ces exsudations n'étaient pas dans la rétine, puisque les vaisseaux de cette dernière membrane passaient au-devant d'elles sans être masqués par ces taches. De pareilles exsudations, régulièrement disséminées dans le fond de l'œil et appartenant à la choroïde, n'ont été observées par nous que dans les affections syphilitiques et tuberculeuses. Mais chez ce malade il n'y avait rien dans les antécédents ni aucun autre signe caractéristique de la choroïdite syphilitique; nous devions donc nécessairement en rapporter la cause à la diathèse tuberculeuse, dont le malade présentait des signes incontestables.

Ces faits acquièrent d'autant plus d'importance qu'ils sont appuyés par d'autres cas de même genre, observés et décrits en Suisse et en Allemagne.

On trouvera dans le *Journal clinique hebdomadaire de Berlin* (1), un fait intéressant de tubercules de la choroïde, développés dans un cas de tuberculisation miliaire aigu. Voici le résumé abrégé de cette observation : c'était un malade du service de M. le professeur Griesinger, à la Charité (de Berlin), atteint de tuberculisation miliaire aiguë. L'examen ophthalmoscopique, fait par MM. de Graefe et Leber, démontra la présence des tubercules dans la choroïde. Les caractères essentiels de ces tubercules, tels qu'ils se présentent à l'ophthalmoscope, sont, dans la forme régulière et arrondie, des taches ou nodules blanchâtres, et dans l'absence des amas pigmentaires à leur voisinage, de sorte que ces nodules blanchâtres se trouvent entourés des parties saines et normales en apparence. Tous les détails de la grosseur et de position de ces taches ont été indiqués à l'aide de l'ophthalmoscope, et vérifiés ensuite quelques jours plus tard, après la mort du malade, par M. Leber.

Pour M. Cohnheim, cette forme de tubercules de la choroïde semble être le signe constant de tuberculose miliaire aigu, et d'après huit cas qu'il a pu jusqu'à présent observer, il croit que

---

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 31, p. 324, 5 août 1867.

la tuberculose miliaire aiguë ne peut pas exister sans tubercules de la choroïde.

Nous ne sommes pas arrivé aux mêmes conclusions dans les recherches que nous avons instituées à ce sujet, et nous pensons que les tubercules de la choroïde peuvent se rencontrer quelquefois dans la forme aiguë, décrite par M. Cohnheim, de même que dans la phthisie chronique généralisée. Le cas observé par M. Noël Gueneau de Mussy, que nous avons signalé plus haut, en est le meilleur exemple. Je ne doute pas que les recherches ultérieures ophthalmoscopiques viennent démontrer que les tubercules de la choroïde sont plus fréquents qu'on ne le pense, et qu'ils peuvent se développer dans les différentes formes de la diathèse tuberculeuse.

Voici, du reste, le résumé des recherches de M. Cohnheim, de Berlin, à ce sujet :

Il a publié, dans les Archives de Virchow (1), un remarquable travail sur les tubercules de la choroïde. Ce travail repose sur sept observations dont il fait une analyse anatomo-pathologique détaillée. Il résulte de ces recherches que les tubercules de la choroïde accompagnent presque toujours la tuberculisation miliaire générale aiguë. Les tubercules miliaires, en effet, ont été constatés par M. Cohnheim dans presque tous les organes du corps humain, et notamment dans le cœur, les plèvres, les poumons, le foie, la rate, les reins, le corps thyroïde, les muscles, les os, ainsi que dans les choroïdes. Partout elles se présentaient sous forme de granulations semi-transparentes. Dans quelques cas seulement les poumons contenaient des masses caséeuses, ainsi que les ganglions ; mais M. Cohnheim pense que ces altérations anciennes n'avaient rien de commun avec les tubercules de la choroïde, qui sont pourtant le produit de la tuberculisation aiguë. Plusieurs de ces tubercules étaient situés sous la couche épithéliale pigmentaire qui n'était nullement altérée ; mais lorsque le volume des nodules tuberculeux atteignait 1.5 millimètre, ils faisaient saillie au-dessous de la rétine, et le pigment n'existait plus à leur surface. La proéminence des tubercules au-dessus du niveau de la choroïde dépassait quelquefois un tiers de mil-

(1) *Archiv v. Virchow*, p. 49, mai 1867.

limètre, et c'est dans un cas pareil que la rétine était soulevée ou bombée en dedans. Ces tubercules prennent naissance, d'après l'auteur, dans des cellules semblables aux cellules lymphatiques (*Lymphkörperartige Zellen*) qui existent dans la choroïde, et il ne partage pas l'opinion de Manz ni de Busch, qu'elles puissent provenir de la membrane adventice des gros vaisseaux ou des choriocapillaires. L'âge ni le sexe ne paraît avoir d'influence sur leur développement, puisque M. Cohnheim les a observés à l'âge de 6 mois et à 59 ans.

Toutes les sept observations ne portent aucun détail sur la faculté visuelle de ces malades, si ce n'est un seul cas où la vue était affaiblie probablement à cause des hémorrhagies rétiniennes constatées à l'autopsie. L'examen ophthalmoscopique manque aussi à ces observations. Mais si on compare ces faits avec ceux que nous avons observés et décrits plus haut, et avec le cas rapporté par M. de Graefe, on verra de quelle utilité pourra être pour le praticien l'examen ophthalmoscopique. M. Cohnheim croit qu'on pourra ainsi diagnostiquer la tuberculose miliaire aiguë généralisée. Pour nous, au contraire, ces tubercules ne sont pas absolument l'indice de cette seule forme tuberculeuse, mais ils peuvent être tout aussi bien l'expression de la diathèse tuberculeuse chronique. Du reste, l'observation 7 de M. Cohnheim, et les faits observés par nous et rapportés plus haut, semblent confirmer notre manière de voir.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M^r-le-Prince, 31.

